

VU Research Portal

Het medisch beoordelingstraject bij letselschade; de stand van zaken

Wilken, A.; Akkermans, A.J.

published in

PIV-bulletin

2010

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

CC BY-NC

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Wilken, A., & Akkermans, A. J. (2010). Het medisch beoordelingstraject bij letselschade; de stand van zaken. *PIV-bulletin*, 1, 1-8.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

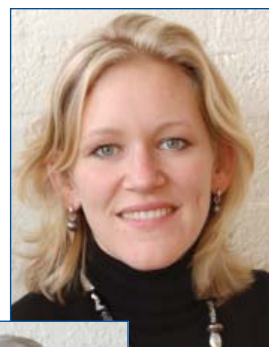
Het medisch beoordelingstraject bij letselschadezaken: de stand van zaken

Het medisch beoordelingstraject wordt gezien als één van de grootste knelpunten in de letselschade-afwikkeling. Daarom heeft De Letselschade Raad in juli 2008 een nieuw project gestart, 'Het medisch beoordelingstraject bij letselschade', met als doel op dit terrein verbeteringen te bewerkstelligen.¹ De ambitie van dit project is om eerst vanuit wetenschappelijke invalshoek te zoeken naar een betere opzet van het medisch traject en van daaruit steun en draagvlak te zoeken voor de gevonden oplossingsrichtingen en deze nader uit te werken. Momenteel wordt gewerkt aan een aantal concrete verbeterinitiatieven die in dit artikel worden beschreven. Het een en ander zal uiteindelijk resulteren in medische paragraaf in de Gedragscode Behandeling Letselschade.

Stand van zaken

Onlangs is een omvangrijk conceptrapport verschenen, 'Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen', waarin een inventarisatie is gemaakt van bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen.² Dit conceptrapport is op internet geplaatst ter consultatie van de personenschadesector en toegestuurd aan allerlei partijen. Er zijn diverse reacties met nuttig commentaar en suggesties uit de branche ontvangen. Daarnaast is het conceptrapport ten grondslag gelegd aan twee expertmeetings waaraan in totaal tweeëntwintig professionals uit de personenschade-

Mw. mr. A.
Wilken en prof.
mr. A.J.
Akkermans
Vrije Universiteit
Amsterdam



sector hebben deelgenomen, waaronder belangenbehartigers aan slachtofferzijde, (belangenbehartigers en schadebehandelaars van) verzekeraars, rechtsbijstandverzekeraars, medisch adviseurs van slachtoffers en medisch adviseurs van verzekeraars. Deze professionals hebben de inhoud van het conceptrapport becommentari-

eerd en met hen is van gedachten gewisseld over de in het conceptrapport beschreven mogelijke initiatieven ter verbetering van het medisch beoordelingstraject.³

Momenteel wordt aan de definitieve versie van het rapport gewerkt door de bevindingen en uitkomsten van de expertmeetings aan het conceptrapport toe te voegen en de ontvangen commentaren erin te verwerken. Verder moeten delen van het rapport inhoudelijk worden aangevuld in verband met gewijzigde regelgeving, aanvullende jurisprudentie en voortschrijdend inzicht. Daarnaast wordt een aantal verbeterinitiatieven op de rails gezet, waarover later in dit artikel meer. De laatste fase van het project zal in het teken staan van de ontwikkeling van een 'medische paragraaf' bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL). Dit komt neer op het formuleren van een aantal gedragsregels en het beschrijven van goede praktijken voor het medisch beoordelingstraject.⁴

Twee medische beoordelingstrajecten

Bij het medisch beoordelingstraject bij letselschade denkt men al gauw aan medische aansprakelijkheidszaken. Dit is echter niet het medisch traject waar het onderhavige project zich primair op richt. Men zou in dit verband kunnen zeggen dat er sprake is van twee medische beoordelingstrajecten. Het 'eerste' traject - ter beoordeling van de aansprakelijkheid - doet zich enkel voor in medische aansprakelijkheidszaken. Het 'tweede' traject - ter beoordeling van de omvang van de schade als gevolg van een ongeval - is in nagenoeg alle letselschadezaken aan de orde.⁵



Het onderhavige onderzoek richt zich in eerste instantie op het 'tweede' medische beoordelingstraject: ten aanzien van dit traject zal een medische paragraaf worden toegevoegd aan de GBL. Tot dusver is de GBL niet van toepassing op de afwikkeling van medische aansprakelijkheidszaken. In een ander project - eveneens gefaciliteerd door De Letselschade Raad - momenteel gewerkt aan een Gedragscode Medische Aansprakelijkheid (GMA). Daar hoort ook het voornoemde 'eerste' medische beoordelingstraject bij. In een volgend stadium zullen de resultaten van beide projecten nader op elkaar kunnen worden afgestemd.

Knelpunten in het medische beoordelingstraject

In het conceptrapport worden 27 knelpunten geformuleerd. Deze hangen feitelijk allemaal samen met twee kernproblemen: de uitwisseling van medische informatie en de rol en positie van de medisch adviseur. Het kernprobleem van de uitwisseling van medische informatie omvat twee aspecten: allereerst het aspect van het verzamelen van medische informatie en vervolgens het aspect van de omgang met medische informatie.⁶

Het verzamelen van medische informatie

Er is de laatste jaren veel geschreven over de problematiek rondom de vraag in welke omvang de benadeelde inzage moet geven in zijn medische gegevens.⁷ Het debat gaat vooral over de vraag of bij het gelasten van een voorlopig deskundigenbericht ook inzage kon worden gevorderd in de patiëntenkaart van de huisarts. Over deze kwestie heeft de Hoge Raad twee uitspraken heeft gedaan⁸ maar - zo wordt in het conceptrapport geconcludeerd - deze uitspraken bieden geen richtsnoer voor de oplossing van het probleem van inzage in de medische informatie in het algemeen. Zij bevatten geen inhoudelijke aanknopingspunten voor het antwoord op de vraag welke gegevens in welke gevallen noodzakelijk zijn en dus moeten worden verzameld, en hoe rekening gehouden moet worden met de privacybelangen van de benadeelde. Zij verwijzen voor het oordeel over die noodzakelijkheid slechts naar de deskundige, maar waar er (nog) geen deskundige is, ligt dit probleem onverkort bij partijen. Bovendien kan men zich afvragen of de deskundige de meest aangewezen persoon is om deze afweging te maken.⁹

In het conceptrapport wordt de problematiek vervolgens uitgediept door een analyse van de (on)mogelijkheden om op grond van objectieve criteria bij voorbaat een selectie te maken van te verzamelen en te overleggen medische informatie. Het vaak ingeroepen uitgangspunt dat alleen 'relevante' informatie hoeft te worden verzameld en verstrekt - hoe plausibel ook - biedt uiteindelijk maar weinig bruikbare aanknopingspunten. Dat komt omdat dat wat

daadwerkelijk 'relevant' is, niet bij voorbaat kan worden aangegeven, voor een groot deel een kwestie is van inschattingen waarover partijen van mening kunnen verschillen, en verschilt per stadium in het beoordelingstraject.¹⁰ Ook het uitgangspunt dat beide partijen over 'dezelfde' medische informatie moeten kunnen beschikken lijkt onweerlegbaar, maar onduidelijk is op welke wijze uitvoering aan dit uitgangspunt moet worden gegeven. Op het eerste gezicht lijkt de enige oplossing dat alle door de (medisch adviseur van de) verzekeraar gewenste informatie wordt verzameld en hierin inzage wordt verstrekt, zodat de (medisch adviseur van de) verzekeraar zich een eigen oordeel kan vormen over de informatie die relevant is voor verdere beoordeling en afwikkeling van de zaak. Zo eenvoudig is het echter niet. Er is namelijk een aantal belangen van de benadeelde - waaronder met name zijn privacybelang - dat tegen inzage spreekt. Het uitgangspunt dat partijen over dezelfde medische informatie moeten kunnen beschikken - hoe onweerlegbaar als zodanig ook - biedt dan ook geen richtsnoer voor de oplossing van het probleem van de inzage in medische informatie. Dit uitgangspunt neemt namelijk niet weg dat aan inzage in de

medische gegevens een belangenafweging vooraf moet gaan.

De conclusie in het rapport luidt dat een ‘oplossing’ van deze problematiek, in de zin van het voor eens en altijd doorhakken van knopen, niet tot de mogelijkheden behoort. In elke zaak zal een toegespitste belangenafweging moeten worden gemaakt. Desondanks kan er duidelijk maar één oplossingsrichting zijn: verbetering van het medisch beoordelingstraject kan niet anders inhouden dan een grotere openheid met betrekking tot de medische gegevens, waar tegenover een betere privacybescherming en een kwalitatief betere beoordeling aan de kant van de verzekeraar staat.¹¹ Alleen op deze wijze kan worden bereikt dat de afwikkeling efficiënter verloopt in termen van tijd, kosten en emotionele belasting en kan het doel dichterbij worden gebracht: een accurate en volledige schadevergoeding als uitkomst van een meer slachtoffer-vriendelijk afwikkelingsproces.

Om dit te bereiken moet het uitgangspunt bij de hierboven bedoelde belangenafweging zijn, dat de inbreuk op de vertrouwelijkheid van medische gegevens alleen gerechtvaardigd is voor zover wordt voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Hieraan zitten ten minste twee dimensies: (1) de *omvang* van de inzage in de medische gegevens dient zo beperkt mogelijk te zijn, en (2) de *vorm* van de inzage dient zodanig te zijn dat de inbreuk op de privacy zoveel mogelijk wordt beperkt. Met betrekking tot de omvang worden in het rapport beoordelingscriteria gesuggereerd zoals de looptijd van de schade, de omvang van het financiële belang, de aard van het letsel, de bekendheid met eerdere ongevallen of uitval uit activiteiten voor het ongeval, een atypisch verloop van de klachten, tekenen van aggraviatie, simulatie, of onjuiste mededelingen van de benadeelde, maar ook daadwerkelijke strijd met het gezondheidsbelang van de benadeelde. Wat betreft de *vorm* van de inzage houden proportionaliteit en subsidiariteit in dat de medische gegevens die de benadeelde beschikbaar stelt: (a) slechts wordt ingezien door een beperkte kring van personen, (b) die op een effectieve manier tot geheimhouding zijn verplicht; (c) dat de gegevens zorgvuldig worden beheerd, en (d) uitsluitend worden gebruikt voor het doel waarvoor zij werden verschaft.

De omgang met medische informatie

De problematiek rondom de *vorm* van inzage en de omgang met eenmaal verschaft medische informatie kreeg tot dusver veel minder aandacht. Regels voor het omgaan met medische informatie en privacywaarborgen voor de benadeelde zijn met name te vinden in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo). In het conceptrapport wordt gesignaleerd dat met name de Wbp een tot op heden onderbelichte bron van normering is. Bovendien biedt deze wetgeving, alsook de op de Wbp gebaseerde Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (de Gedragscode Verwerking

Persoonsgegevens) op essentiële punten onvoldoende duidelijkheid. Daarnaast lijken ook de civiele rechtspraak en de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) niet altijd in lijn met deze regelgeving te zijn.¹²

Op grond van artikel 21 lid 2 van de Wbp mogen medische gegevens alleen worden verwerkt door personen die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht. Ter uitwerking van deze bepaling is in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens bepaald dat het *verzamen* van gezondheidsgegevens geschiedt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur en is voorbehouden aan personen die deel uitmaken van de zogenoemde ‘functionele eenheid’. De leden van de ‘functionele eenheid’ hebben een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht. De precieze betekenis van het begrip ‘functionele eenheid’ en de vraag welke personen tot deze functionele eenheid behoren, is in de toepasselijke regelgeving (Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens, de KNMG richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens en de Beroepscode GAV) en de (tucht)rechtspraak echter niet duidelijk uitgekristalliseerd.¹³ Er wordt vrij algemeen aangenomen dat de schadebehandelaar van de verzekeraar in ieder geval deel uitmaakt van de functionele eenheid¹⁴ en er zijn gevallen bekend waarin eveneens de advocaat van de verzekeraar als lid van de functionele eenheid werd aangemerkt.¹⁵ Er bestaat verschil van mening over de vraag of eventuele door de medisch adviseur van de verzekeraar ingeschakelde medisch specialisten ook tot de functionele eenheid gaan behoren¹⁶. In het conceptrapport wordt geconcludeerd dat de ‘functionele eenheid’ als zodanig niet uit een vastomlijnde groep personen lijkt te bestaan en dat van geval tot geval zal moeten worden bepaald welke personen nodig zijn voor de beoordeling en afwikkeling van een letselschadeclaim.

Naast onduidelijkheid over de vraag welke personen tot de functionele eenheid behoren, is ook onduidelijk op welke wijze binnen de functionele eenheid met medische informatie moet worden omgegaan. Mag uitsluitend de medisch adviseur medische informatie opvragen en verzamelen of mogen andere leden van de functionele eenheid dit ook? En als de medisch adviseur de medische informatie heeft opgevraagd en verzameld, mag hij deze dan aan de andere leden van de functionele eenheid verstrekken? En zo ja, mag hij dan alleen de door hem relevant bevonden medische informatie verstrekken of mag hij alle door hem opgevraagde en verzamelde medische informatie verstrekken, zodat hij samen met de andere leden van de functionele eenheid - met name de schadebehandelaar - de relevantie van de medische informatie kan beoordelen? Allemaal vragen waar in de literatuur en jurisprudentie onduidelijkheid over bestaat en waar dus geen eenduidig antwoord op gegeven kan worden.

Het CTG lijkt in een uitspraak van 15 mei 2007 de meest strikte opvatting te hanteren: de medisch adviseur verza-

>

melt en beoordeelt de medische informatie en mag - behoudens de medische gegevens in zijn advies - geen medische informatie aan derden (dus ook niet aan de functionele eenheid) verstrekken.¹⁷ Het CTG oordeelde dat de medisch adviseur zijn geheimhoudingsplicht had geschonden door een medisch resumé met daarin informatie uit de behandelend sector aan zijn medisch advies aan de verzekeraar te hechten. Volgens het CTG moeten medische gegevens die nodig zijn voor de beoordeling van een letselschadeclaim worden weergegeven in het medisch advies.¹⁸ Uit de Wbp en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens lijkt echter een ruimere bevoegdheid voor de functionele eenheid voort te vloeien en lijkt de functionele eenheid in ieder geval toegang te kunnen krijgen tot de medische informatie die door de medisch adviseur nodig wordt geacht voor de beoordeling van de letselschade.

In het conceptrapport wordt er verder op gewezen dat de Wbp, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens en de Wgbo ook de nodige rechten voor benadeelden bevatten, waaronder een inzage- en blokkeringsrecht. De constatering dat dit inzage- en blokkeringsrecht ook voor de adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar geldt, heeft in de praktijk de nodige ophef veroorzaakt. Met name verzekeraars lijken niet van plan hier zonder meer met mee in te stemmen. Recente rechtspraak van de rechtbank Zutphen bevestigt echter dat de benadeelde aanspraak kan maken op inzage op (interne) adviezen van de medisch adviseur aan de verzekeraar. Over de vraag of een benadeelde ten aanzien van (interne) adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar eveneens aanspraak kan maken op het blokkeringsrecht en of dat ook wenselijk is, is de literatuur en de rechtspraak verdeeld.¹⁹

In het conceptrapport wordt op meerdere plaatsen geconcludeerd dat oplossing van deze problematiek slechts mogelijk lijkt door middel van een goed geredigeerde medische machtiging. Daarin kan de benadeelde dan op door hem te stellen voorwaarden (met betrekking tot beheer, bevoegdheden en procedures) toestemming geven voor verstrekking van zijn medische informatie aan een duidelijk omschreven groep personen. Op deze oplossingsrichting zal later in dit artikel nader worden ingegaan.

De rol en de positie van de medisch adviseur

Het tweede kernprobleem van het medisch beoordelings-traject betreft de rol en de positie van de medisch adviseur. In het rapport wordt geconcludeerd dat de professionele standaard van de medisch adviseur in verschillende opzichten nog onvoldoende is uitgekristalliseerd.²⁰ Ook het CTG heeft signaleerd dat de normering op het gebied van de rapportage door de medisch adviseur “nog onvoldoende is ontwikkeld”.²¹ In het conceptrapport wordt geconstateerd dat de huidige praktijk binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs op verschillende punten niet voldoet aan de eisen die daaraan zouden moeten worden gesteld.

Zo heeft het CTG in een uitspraak van 24 februari 2009 ondubbelzinnig uitgesproken dat een advies van een medisch adviseur dient te voldoen aan de eisen die het CTG in zijn jurisprudentie heeft ontwikkeld voor rapportages van onafhankelijk deskundigen²²:

1. In het advies op inzichtelijke en consistente wijze wordt uiteengezet op welke gronden de conclusie van het advies steunt;
2. De in het advies uiteengezette gronden aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen van dat advies;
3. Bedoelde gronden de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen;
4. Het advies zich beperkt tot de deskundigheid van de medisch adviseur; en
5. De methode van onderzoek om tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen tot het beoogde doel kan leiden en de medisch adviseur daarbij de grenzen van redelijkheid en billijkheid niet heeft overschreden.

Een ieder die bekend is met de wijze van rapporteren in de praktijk, kan zich voorstellen dat deze praktijk lang niet altijd aan bovenstaande eisen voldoet. Andere knelpunten zijn dat medisch adviseurs zich vaak onvoldoende open en toetsbaar opstellen en onvoldoende verantwoording afleggen.

Voor een overzicht van problemen met de professionele standaard van de medisch adviseur zij verwezen naar het conceptrapport. Hier willen wij er één fundamenteel punt uitlichten: de eisen die aan de medisch adviseur worden gesteld op het punt van onafhankelijkheid, neutraliteit en objectiviteit.

In het rapport wordt vooropgesteld dat de rol van de medisch adviseur als partijdeskundige op dit punt onherroepelijk een zekere spanning meebrengt. Van de medisch adviseur van het slachtoffer wordt in de praktijk nu eenmaal iets anders gevraagd dan van de medisch adviseur van de verzekeraar. Aan de medisch adviseur van het slachtoffer wordt (impliciet of expliciet) gevraagd om alert te zijn op feiten en interpretaties die een pessimistische inschatting van de (toekomstige) situatie met ongeval, en een optimistische inschatting van de hypothetische (toekomstige) situatie zonder ongeval kunnen rechtvaardigen, terwijl aan de medisch adviseur van de verzekeraar het tegenovergestelde wordt gevraagd. Dit maakt de positie van de medisch adviseur paradoxaal. Enerzijds heeft hij duidelijk de rol van partijdeskundige. Anderzijds wordt hij geacht ‘onafhankelijk’ te zijn (regel I.4 van de Gedragsregels voor artsen en artikel 1 van de Beroepscode GAV).

Op grond van een analyse van de tuchtrechtspraak wordt in het rapport geconcludeerd dat de medisch adviseur zich weliswaar kritisch mag opstellen tegenover de standpunten van de wederpartij, maar niet eenzijdig mag rapporteren, geen vooringenomen standpunten in mag nemen, objectief moet zijn, en zich jegens de benadeelde respectvol en betamelijk op moet stellen. Illustratief zijn

de uitspraken van het RTG Amsterdam van 26 mei 2009 waarin het tuchtcollege onder meer overweegt dat een medisch adviseur “in de eerste plaats arts [is], daarnaast medisch adviseur en geen regisseur, pleitbezorger of belangenbehartiger” van zijn opdrachtgever.²³ Deze uitspraken betroffen een medisch adviseur van een verzekeraar, maar het is evident dat hetzelfde heeft te gelden voor de medisch adviseur van de benadeelde.

Voor wie de opvattingen en de gang van zaken in praktijk kent, zal duidelijk zijn dat ook op dit fundamentele punt een discrepantie bestaat met de in deze tuchtrechtspraak gestelde eisen. In de praktijk plegen medisch adviseurs soms vergaand met hun opdrachtgever ‘mee te kleuren’. Dit is vooral in combinatie met het geconstateerde gebrek aan openheid en controleerbaarheid (denk aan discussies tussen belangenbehartigers en schaderegelaars die jegens elkaar de standpunten van hun respectievelijke medisch adviseurs parafraseren zonder de adviezen te overleggen) ongetwijfeld een belangrijke oorzaak van de soms eindeloze discussies in het medisch beoordelingstraject. Het is onvoldoende en waarschijnlijk onmogelijk om op dit punt alleen de opvattingen van de betrokken professionals te veranderen. Er zullen juridisch afdwingbare regels moeten worden opgesteld om de medisch adviseurs daadwerkelijk een meer onafhankelijke en autonome positie te geven. Zeker de medisch adviseur die niet in loondienst is, maar per dossier wordt ingehuurd, staat op dit punt veel te zwak tegenover zijn opdrachtgever. Het probleem van het ‘meekleuren’ van de medisch adviseur is aan de kant van de benadeelden zeker niet minder dan aan de kant van de verzekeraars.

Oplossingsrichtingen en verbeterinitiatieven

Rapportageformat en vraagstelling

De concrete verbeterinitiatieven die uit het conceptrapport en de resultaten van de expertmeetings naar voren zijn gekomen worden momenteel verder uitgewerkt. De ontwikkeling van een rapportageformat en een format voor een vraagstelling aan medisch adviseurs heeft op dit moment prioriteit. Tijdens de expertmeetings bleek veel draagvlak voor dit initiatief te bestaan. Er is inmiddels een discussienota opgesteld waarin een overzicht is opgenomen van reeds in de praktijk ontwikkelde modellen voor een rapportageformat en een vraagstelling en in de tuchtrechtspraak ontwikkelde aanknopingspunten. Op basis van deze discussienota is een expertgroep geformeerd waarin in beperkte kring zal worden gewerkt aan de vormgeving van een rapportageformat en een format voor een vraagstelling.

Hoewel de problemen bij de ontwikkeling van dergelijke documenten niet moeten worden onderschat, bestaat de indruk dat zij een aanzienlijk aantal knelpunten zouden kunnen oplossen. Allereerst zullen dergelijke formats bijdragen aan betere structurering en uniformering van medische adviezen en daarmee tegemoetkomen aan het door het CTG gesignaleerde probleem dat door medisch

adviseurs regelmatig op ongestructureerde wijze wordt gerapporteerd hetgeen medische adviezen volgens het CTG onvoldoende toetsbaar maakt.²⁴ Door de in de hierboven aangehaalde uitspraak van het CTG geformuleerde eisen aan adviezen van medisch adviseurs in een rapportageformat te verwerken, zou eveneens een (aanzienlijke) kwaliteitsslag in de advisering door medisch adviseurs kunnen worden gemaakt. Aldus draagt de ontwikkeling van een rapportageformat en een (standaard)vraagstelling in zijn algemeenheid ook bij aan de ontwikkeling, beschrijving en vastlegging van de professionele standaard van de medisch adviseur. Met behulp van een rapportageformat en (standaard)vraagstelling kan verder worden bewerkstelligd dat medisch adviseurs een duidelijker opdracht van hun opdrachtgever krijgen. Het zal de kwaliteit en bruikbaarheid van medische adviezen vergroten als medisch adviseurs precies weten wat er van hen wordt verwacht en welke vragen ze dienen te beantwoorden in plaats van dat ze een medisch dossier ontvangen met daarbij de enkele opdracht: ‘Graag uw advies ...’.

Na de ontwikkeling van een rapportageformat en een format voor een vraagstelling, komt een mogelijke tweede stap dichterbij, namelijk het daadwerkelijk uitwisselen van medische adviezen (die op grond van dezelfde vraagstelling en hetzelfde format tot stand zijn gekomen).²⁵ Hierdoor zal eenvoudig duidelijk worden op welke punten medisch adviseurs het eens zijn en op welke punten zij van mening verschillen. De twee stappen kunnen op hun beurt een derde stap dichterbij brengen, namelijk directe communicatie tussen medisch adviseurs over hun geschilpunten (of eventueel het gezamenlijk uitbrengen van een advies). Uit de expertmeetings kwam naar voren dat men ook daarin veel winst ziet. Omdat op deze manier voor alle partijen duidelijk is wat de medisch adviseurs wél en wat zij niet geacht worden te doen in hun overleg, zal direct contact tussen medisch adviseurs voor de opdrachtgevers makkelijker acceptabel zijn dan thans veelal het geval is. Een dialoog tussen medisch adviseurs zou heel goed tot volledige overeenstemming over de beantwoording van de vragen kunnen leiden. Is dit niet het geval, dan zal een onafhankelijk deskundigenbericht kunnen worden beperkt tot de punten waarover medisch adviseurs het niet eens hebben kunnen worden (of ten aanzien waarvan zij over te weinig specialistische kennis beschikken). Zo zal het ook aantal onafhankelijke deskundigenberichten in de letselschadepraktijk mogelijk kunnen worden beperkt. Nadat de vraagstelling en het rapportageformat zich in de praktijk hebben bewezen, zou een vierde stap eventueel kunnen zijn dat (in relatief eenvoudige zaken) met één medisch adviseur wordt gewerkt.

Regels voor omgang met medische informatie

Een tweede verbeterinitiatief betreft de ontwikkeling van een set afspraken en regels tussen benadeelde en verzekeraar rondom de uitwisseling van en omgang met medische informatie. Het conceptrapport maakt duidelijk dat een groot aantal knelpunten rondom de uitwisseling van medische gegevens moet worden aangepakt. De enige

oplossingsrichting voor deze knelpunten is - zoals gezegd - gelegen in meer openheid in medische informatie-uitwisseling enerzijds en het optimaliseren van privacy-bescherming en het garanderen van een kwalitatief goede medische beoordeling aan verzekeraarskant anderzijds.

Hierboven is al toegelicht dat veel wordt verwacht van de ontwikkeling van een format voor een goed geredigeerde 'medische machtiging'. De benadeelde wordt daarmee op nader uit te werken voorwaarden expliciet toestemming gevraagd voor (i) het opvragen van medische informatie uit de behandelende sector; (ii) het uitwisselen van medische informatie tussen medisch adviseurs; en (iii) het uitwisselen van medische informatie tussen de medisch adviseur en de schadebehandelaar van de verzekeraar (en eventuele andere bij de schadebehandeling betrokken personen). Daar horen dan betere privacywaarborgen bij in de vorm van regels voor en (standaard)afspraken over verzameling en omgang met medische informatie en mogelijkheden voor toezicht en handhaving daarvan.

De inhoud van deze afspraken en regels zal echter mede afhangen van de definitieve inhoud van de nieuwe versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens, die momenteel door het Verbond van Verzekeraars in samenwerking met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) wordt ontwikkeld. Het ontwerp voor de nieuwe versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens ligt inmiddels ter inzage bij het CBP.²⁶ Bij het laatste stadium van de totstandkoming hiervan is ook de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging van de VU betrokken geweest. Op het ontwerp zijn verschillende reacties binnengekomen. Het is nog niet duidelijk hoe de definitieve versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens er uit zal gaan zien en wat de betekenis van eventuele wijzigingen voor de praktijk zal zijn. Ook de datum van inwerkingtreding is nog onduidelijk.

Beroepscode medisch adviseurs

Zoals gezegd, is de beperkte ontwikkeling van de professionele standaard van medisch adviseurs - naast de uitwisseling van en omgang met medische informatie - één van de kernproblemen in het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Het is goed om op te merken dat er in dit kader positieve ontwikkelingen zijn ingezet.

De Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) en de Werkgroep Artsen Advocaten (WAA) werken momenteel beide aan de ontwikkeling van beroepscode: de GAV herziert de Beroepscode GAV en de WAA ontwikkelt een nieuwe beroepscode voor haar arts-leden. De WAA en de GAV hebben hun code ter beoordeling aan respectievelijk de VU-Projectgroep en de KNMG voorgelegd. Aan beide organisaties is bericht dat het niet goed denkbaar is dat er binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs twee (inhoudelijk) verschillende beroepscode zouden gaan gelden. Inhoudelijk gezien is dat ook niet nodig: qua kernpunten van hun professionele standaard hebben medisch

adviseurs van slachtoffers en medisch adviseurs van verzekeraars meer gemeen dan hen onderscheidt. Dit geldt met name voor hun gedeelde behoefte aan een versterking van hun autonome positie als arts ten opzichte van hun opdrachtgever. De VU-Projectgroep en de KNMG hebben de WAA en de GAV dan ook in overweging gegeven te onderzoeken of de beroepsgroep van medisch adviseurs in zijn geheel tot één beroepscode zou kunnen komen.

Daarnaast ontwikkelt de GAV in samenwerking met de NSPOH27 een officiële opleiding voor medisch adviseurs en heeft de GAV de nodige activiteiten ontplooid rondom de kwaliteit en structurering van het medisch advies, hetgeen heeft geresulteerd in een 'Richtlijn voor het opstellen van een medisch advies door een geneeskundig adviseur personenschade'. Deze initiatieven zijn bijzonder toe te juichen, al verdient samenwerking binnen de beroepsgroep ook in dit kader de voorkeur.

Professionalisering door ontwikkeling van een professionele standaard is een taak die in eerste instantie is gereserveerd voor de beroepsgroep van medisch adviseurs zelf. Uit het voorgaande blijkt dat er momenteel op dit gebied reeds de nodige positieve activiteiten worden ontplooid. Indien gewenst zal de beroepsgroep in het kader van het onderhavige project de nodige ondersteuning en onafhankelijke begeleiding kunnen worden geboden.

Digitaal medisch dossier

Tot slot is uit de expertmeetings naar voren gekomen dat veel winst wordt gezien in het ontwikkelen van een digitaal medisch dossier en het digitaal uitwisselen van medische informatie. Dit biedt tijdswinst en de mogelijkheid dat medische gegevens in beheer blijven bij (de medisch adviseur van) het slachtoffer en slechts op 'read only' basis aan (de medisch adviseur van) de verzekeraar ter beschikking worden gesteld. Een aantal commerciële organisaties houdt zich al met de ontwikkeling van dergelijke digitale applicaties bezig. De inhoud en vormgeving van een digitaal medisch dossier hangt echter sterk samen met de ontwikkeling van regels en afspraken rondom de omgang met en uitwisseling van medische informatie. Pas als hier meer duidelijkheid over bestaat zal inhoudelijk vorm kunnen worden gegeven aan een digitaal medisch dossier. Momenteel is het wachten op de definitieve vorm van de nieuwe Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens en de toelichting daarbij.

Op technisch niveau speelt dat er verschillende systemen worden aangeboden die zich voor een digitaal medisch dossier lenen. Er is echter niet één algemene marktstandaard voor de communicatie tussen die systemen, hetgeen de mogelijkheden tot het initiëren van een pilot sterk beïnvloedt. Eind 2009 werd een eerste oriënterende bijeenkomst gehouden met diverse initiatiefnemers van digitale dossiers.

Afsluitende opmerkingen

Door de financiële belangentegenstellingen die inherent

zijn aan iedere letselschadezaak zal het niet eenvoudig zijn tot daadwerkelijke verbetering van het medisch traject te komen. De huidige discussies met betrekking tot de uitwisseling van medische informatie en de knelpunten rondom de positie en de werkzaamheden van de medisch adviseurs, maakt de afwikkeling van letselschade tijdrovend, kostbaar, en, niet in de laatste plaats: extra belastend voor de benadeelde. Zowel benadeelden als verzekeraars hebben veel belang bij een verbetering van het medisch beoordelingstraject.

Die verbetering zal alleen mogelijk blijken als voldoende

partijen in het veld bereid zijn (en blijven) om zich daarvoor in te zetten. Tot dusver stemmen de reacties op het conceptrapport en de expertmeetings optimistisch. Niemand onderschat de hardnekkigheid van de problematiek, maar men ziet dat het zo niet verder kan en is bereid om mee te denken en mee te werken aan oplossingen. Daarom durven wij de verwachting uit te spreken dat het mogelijk zal blijken om stappen vooruit te zetten. Om de geschetste werkzaamheden van voornoemde werkgroepen uit te kunnen voeren en tot een succes te kunnen maken, blijft medewerking van professionals uit de personenschadepraktijk echter een absolute voorwaarde.

¹ Dit project wordt uitgevoerd door het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van de Vrije Universiteit te Amsterdam en het VU medisch centrum en staat onder leiding van prof. mr. A.J. Akkermans en prof. Mr. J. Legemaate en wordt uitgevoerd door mr. A. Wilken als projectleider. De projectgroep bestaat verder uit leden van de VU-projectgroep medische deskundigen uit de rechtspleging. Er wordt zoveel mogelijk samenwerking gezocht met relevante organisaties uit de letselschadebranche (waaronder de GAV en de WAA) en daarnaast wordt de bij de KNMG aanwezige expertise ingezet voor het project. Voor een nadere beschrijving zie A.J. Akkermans, J. Legemaate en A. Wilken, 'Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. De Letselschade Raad neemt initiatief voor breed opgezet verbeteringsproject', TVP 2009 nr. 1 p. 21-27.

² Dit rapport is te downloaden via: <www.rechten.vu.nl>, > Onderzoek, > Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD), > Projecten, > Medisch beoordelingstraject bij letselschade.

³ Het verslag van deze expertmeetings is te vinden op de in de vorige noot genoemde website.

⁴ In de huidige GBL staan twee beginselen - beginsel 9 en 12 - die betrekking hebben op het medisch beoordelingstraject. Deze beginselen zijn echter vrij algemeen van aard en weinig uitgewerkt. In de toelichting op deze beginselen staat ook met zoveel woorden vermeld dat de knelpunten bij het uitwisselen van medische informatie en het medisch traject nader door De Letselschade Raad zullen worden aangepakt. Daar wordt dus thans volop aan gewerkt.

⁵ 'Eerste' en 'tweede' staan hier tussen aanhalingstekens omdat in andere dan medische aansprakelijkheidszaken het 'tweede' beoordelingstraject in feite het eerste en enige is. En bij medische fouten kan meestal geen duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen het 'eerste' en het 'tweede' medische beoordelingstraject: over het algemeen zal sprake zijn van één min of meer doorlopend medisch beoordelingstraject waarin zowel vragen uit het 'eerste' als vragen uit het 'tweede' medisch beoordelingstraject aan de orde komen.

⁶ Deze samenhang laat zich ook aflezen aan de opbouw van het conceptrapport: deel II gaat over het verzamelen van medische informatie, deel III over de omgang met medische informatie en deel IV over de medisch adviseur.

⁷ Zie S.M. Christiaan en W.J. Hengeveld, 'Februari-arresten: de patiëntenkaart; partijen wikken, de deskundige beschikt', TVP 2008 p. 51-56; Chr.H. van Dijk, 'De beschikkingen van de Hoge Raad over de patiëntenkaart en de gevolgen daarvan', PIV Bulletin april 2008, 3, p. 4-9; A. Kolder, 'De Hoge Raad en de patiëntenkaart: een gemiste kans', NJB 2008, p. 1278-1282; en E.M. Deen, 'De patiëntenkaart en de beschikkingen van de Hoge Raad van 22 februari 2008', TVP 2009, p. 41-48.

⁸ HR 22 februari 2008, LJN BB3678 & BB5626, RvdW 2008, 256 & 261.

⁹ In de in voetnoot 6 genoemde literatuur wordt uitgebreid op deze problematiek ingegaan.

¹⁰ In de eerste fase van het medisch beoordelingstraject bestaat nog vaak onduidelijkheid over (de omvang van) de concrete schadeposten die de benadeelde zal gaan opvoeren en is nagenoeg alle medische informatie van de benadeelde potentieel relevant. Op het moment dat (de omvang van) de schadeposten duidelijker worden - het wordt bijvoorbeeld duidelijk of sprake is van blijvende of tijdelijke arbeidsongeschiktheid en of iemand al dan niet aanspraak maakt op schadevergoeding als gevolg van verlies aan zelfwerkzaamheid - kan vaak al (iets) beter worden beoordeeld welke medische informatie daadwerkelijk relevant is. Ook de inhoud van eventuele deskundigenberichten zal vaak meer duidelijkheid verschaffen over de vraag welke medische informatie relevant is voor het beoordelen van de uiteindelijke omvang van de schade als gevolg van een ongeval.

¹¹ Dit laatste heeft betrekking op het geconstateerde fenomeen dat aan verschaft medische informatie verweren worden ontleend waarvan een professionele medisch adviseur had moeten inzien dat zij in werkelijkheid tot niets kunnen leiden en derhalve irrelevant zijn (het zogenaamde 'op alle slakken zout leggen'). Deze kwestie raakt daarmee ook aan de objectiviteit en professionaliteit van de medisch adviseurs.

¹² A. Wilken, 'De betekenis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens voor het medisch beoordelingstraject bij letselschade', TVP 2008 p. 109-117.

¹³ In de nieuwe versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens waar thans door het Verbond van Verzekeraars en het College Bescherming Persoonsgegevens aan wordt gewerkt (de huidige versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens is in

februari 2008 verlopen), zal het begrip 'functionele eenheid' overigens worden afgeschaft, hetgeen de problematiek niet eenvoudiger zal maken.

- ¹⁴ W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, 'De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens', *Het verzekeringsarchief* 2003 nr. 3, p. 94-98. en Rechtbank Utrecht 8 december 1998, TvGr 1999, 32.
- ¹⁵ Rechtbank Zutphen 8 oktober 2009, LJN BK 4206..
- ¹⁶ Zo oordeelde het CTG dat een door een medisch adviseur ingeschakelde neuroloog gaat behoren tot de functionele eenheid van personen die noodzakelijkerwijs betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd (CTG 31 augustus 2004, 2003.178), terwijl het Hof van Discipline in een ongepubliceerde uitspraak van 30 november 2009 'ertoe neigde te oordelen' dat de door de advocaat van de verzekeraar geraadpleegde externe specialist niet zonder meer tot de functionele eenheid gaat behoren.
- ¹⁷ CTG 15 mei 2007, 2006.101.
- ¹⁸ Zie voor (kritisch) commentaar op deze uitspraak: P. van den Broek, 'De toelaatbaarheid van het als bijlage voegen van medische gegevens bij een medisch advies', *TVP* 2007, p. 88-93.
- ¹⁹ Geen blokkeringsrecht t.a.v. adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar: E.J. Wervelman en E.J.C. de Jong, Misverstanden en oplossingen rondom het inzage- en blokkeringsrecht in civiele zaken; enkele praktijkvoorbeelden, *TvGr* 2005 nr. 5, p. 389, A.H.M. van Noort, Inzage in het inzage- en blokkeringsrecht bij personen-schade en de AOV, *PIV-Bulletin* november 2008, 8, p. 8-10

- (zie noot 11), R.M.S. Doppegieter en L.M. Hermens, Keuringen en psychiatrische rapportages. Het inzage- en blokkeringsrecht van de patiënt, *De Psychiater* 2006 nr. 6, p. 29 en Rechtbank Rotterdam 4 maart 2009, JA 2009/313 (m.nt. A. Wilken). Wel blokkeringsrecht t.a.v. adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar: A.J. Van. Het medisch traject (november 2008), in: J. Wildeboer en S. Brinkhorst (red.), *Handboek personenschade*, Deventer: Kluwer, p. 4210-33 en Hof van Discipline 30 november 2009, no. 5414 (ongepubliceerd). Zie over deze problematiek ook: A. Wilken, 'De onduidelijke reikwijdte van het blokkeringsrecht', *TVP* 2009 nr. 4, p. 129-138.
- ²⁰ Zie over de onderwerp ook: A. Wilken, 'Op weg naar een professionele standaard voor medisch adviseurs in letselschadezaken', *TvGr* nr 8, p. 588-600.
- ²¹ CTG 19 juli 2007, 2006.026.
- ²² CTG 24 februari 2009, 2007/376 en 2007/368.
- ²³ RTG Amsterdam 26 mei 2009, 08/030 en RTG Amsterdam 26 mei 2009, 08/028.
- ²⁴ CTG 19 juli 2007, 2006.026.
- ²⁵ De Letselschade Richtlijn Medisch traject schrijft dit reeds voor, zie artikel 3.
- ²⁶ Zie www.cbpweb.nl/ > Wetten en zelfregulering > Gedragscodes > Goedgekeurde gedragscodes: Gedragscode voor banken en (zorg)verzekeraars > Openbare kennisgeving Ontwerpbesluit Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.
- ²⁷ Netherlands School of Public and Occupational Health, het opleidingsinstituut voor verzekerings- en bedrijfs-artsen, zie www.nspoh.nl.